

ANNEE 1970

THESE

N^o

513

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Université

P A R

Cheyda DAVATCHI, née CHAMS

le 20 octobre 1940 à TEHERAN (Iran)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

ESSAIS THERAPEUTIQUES D'INJECTIONS DE PROPIDON
DANS LE PSORIASIS (15 cas).

Président : Mr. R. DEGOS, Professeur.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550210_0001

ANNEE 1970

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'Université

P A R

Cheyda DAVATCHI, née CHAMS

le 20 octobre 1940 à TEHERAN (Iran)

Externe des Hôpitaux de Paris

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

ESSAIS THERAPEUTIQUES D'INJECTIONS DE PROPIDON

DANS LE PSORIASIS (15 cas).

Président : Mr. R. DEGOS, Professeur.

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



A mon Père

qui m'a appris l'attrait de la Médecine.

Avec toute ma gratitude et mon affection.

A la mémoire de ma Mère.

A mon Mari

dont la collaboration me fut précieuse.

Avec toute mon affection.

A ma famille.

A notre Maître et Président de thèse, Monsieur le Professeur DEGOS

Professeur de Clinique Dermatologique

à la faculté de Médecine de Paris.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il nous dispense.

Nous le remercions d'avoir accepté de présider cette thèse.

A notre Maître, Monsieur le Docteur BOLGERT

Professeur au Collège de Médecine.

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis.

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et fourni les
meilleurs moyens de la réaliser, après nous avoir dispensé
un enseignement précieux.

Qu'il veuille bien trouver ici nos respects et notre gratitude.

A mes Maîtres d'Externat

En témoignage de notre reconnaissance.

A Messieurs les Médecins Dermatologues de l'Hôpital
Saint-Louis et de la Fondation Rotschild

qu'ils soient assurés de notre profonde
reconnaissance pour les conseils judicieux
qu'ils nous ont prodigués.

A mes Amis.

I N T R O D U C T I O N

Nous avons eu l'occasion de suivre lors de notre séjour dans le service de notre Maître, Monsieur le Docteur BOLGERT, 15 malades atteints de psoriasis et traités par des injections de Propidon (Méthode pyrétothérapie).

Sous le conseil de notre Maître, nous avons consacré notre thèse à ce traitement.

R A P P È L C L I N I Q U E

GENERALITES

Le psoriasis isolé par Willan (1801) reste malgré sa fréquence (5 % des dermatoses), une affection de nature mystérieuse. Plus fréquent dans la race blanche que dans celles de couleurs, s'observant dans les deux sexes, avec légère prédominance masculine, il apparaît dans la majorité des cas, entre 7 et 30 ans, mais peut débiter chez l'enfant plus jeune, dans la seconde moitié de la vie, ou même chez le vieillard. Il évolue le plus souvent, par poussées successives la vie durant.

ETIOLOGIE

Son étiologie reste inconnue. L'étude de chaque métabolisme protidique, glucidique et lipidique n'a pas permis de conclusions certaines. Il faut toutefois, signaler la relative fréquence d'un diabète chez le malade ou dans sa famille. Grüz et Fürger avaient insisté sur l'existence d'anomalies lipidiques, et concluaient à une véritable lipoïdose qui n'a pas été confirmée par la suite.

On a également signalé une augmentation du volume de la masse sanguine (Maragni, Merklen et Mikol, Watrin et Coll), une augmentation du chlore circulant avec stabilité du sodium et une élévation de la kaliémie au moment de l'amélioration (Renberg et Sidi). Des modifications végétatives (appréciables par le ROC, le réflexe solaire, le pouvoir cholinestérasique du sérum) sont fréquentes mais de sens variable (Szodoray, Margarot, Jausion, Huriez et de Ste Maresville). Aucun facteur endocrinien ne peut être retenu.

L'existence fréquente d'une angine précédant certains psoriasis infan-

tiles, ou d'une furonculose chez les psoriasiques adultes furent considérées comme des arguments en faveur de la nature infectieuse de la dermatose. Plus précisément, l'origine streptococcique (streptocoque β hémolytique) a été soulevée par différents auteurs (Noulind, Norholm-Pederson, Huriez), mais elle n'a pas été confirmée par le dosage des antistreptolysines ; de même, l'origine mycosique défendue par Jausion, Zilberberg, et plus récemment, par Gréco, Gunch, Homez et Coll., par Henoch et Guibert, paraît tout aussi discutable.

Bref, la seule notion étiologique certaine est la fréquence d'une hérédité en dominance irrégulière (A. Touraine), variant selon les statistiques, entre 15 % (Rosenthal), et 57 % (Greenhourg), et de 29,8 % (Bolgert).

Les corrélations entre psoriasis, diabète, et rhumatisme, s'expliquent par un linkage des gènes gouvernant ces différentes affections.

LES ASPECTS CLINIQUES DE LA DERMATOSE

LESIONS ELEMENTAIRES

La lésion élémentaire est une tache érythémato-squameuse rouge-vif, recouverte de squames sèches, nacrées, friable, souvent abondantes, parfois peu épaisses, exceptionnellement croûteuses, que le grattage méthodique de Brocq résout en une fine poussière micacée (signe de la tache de bougie). Ce grattage finit par soulever une mince pellicule décollable au-dessus d'une surface rouge et lisse, humide, avec fin piqueté hémorragique : signe de la rosée sanglante d'Auspitz. Ces taches sont de dimensions très variables, allant d'une tête d'épingle à une pièce de monnaie, mais elles peuvent acquérir de grandes dimensions et former des placards très étendus. Leurs limites sont, en général, précises, à l'inverse des taches eczématisques, et elles sont souvent bordées d'un halo dépigmenté.

Classiquement, le psoriasis ne s'accompagne d'aucun signe subjectif, mais il se montre en fait prurigineux dans 80 % des cas, surtout dans certaines localisations (cuir chevelu, organes génitaux) ; des sensations de brûlures ne sont pas rares ; leur origine psychogène paraît probable (M. Bolgert) ; le psoriasis affecte souvent une disposition hautement symétrique et prédomine aux sommets : cuir chevelu, coudes, genoux, région sacrée. Le cuir chevelu peut être partiellement ou totalement recouvert ; les squames qui débordent légèrement l'implantation des cheveux et très fréquemment s'étendent à la région rétro-auriculaire.

Les taches qui occupent les coudes peuvent s'allonger le long de la crête cubitale, celles qui se localisent aux genoux, surtout aux rotules aux

tubérosités tibiales, les placards des membres inférieurs étant rouges, suintants finement squameux.

Le psoriasis peut s'étendre en nappes érythémato-squameuses sur l'ensemble des téguments, mais il affectera particulièrement les régions lombo-sacrées et péri-ombilicales, les poignets, les paumes et plantes qui sont hyperkératosiques et fissuraires.

L'aspect des lésions peut varier, qu'elles soient hyperkératosiques, pseudo-croûteuses (psoriasis ostréacé et végétant) ou circinées en arabesques (psoriasis circiné ou gyrata).

Lors d'une poussée, des irritations en peau saine peuvent y provoquer l'apparition de nouveaux éléments. Inversement, lors de la régression des éléments, ceux-ci peuvent laisser à leur emplacement des taches leucodermiques.

HISTOLOGIE

Les lésions du psoriasis sont à la fois épidermiques et dermatiques : il existe une parakératose de surface avec hyperacanthose. Les papilles sont amincies et allongées. Leur sommet affleure souvent la couche parakératosique dont elles ne sont séparées que par une ou deux couches de cellules. Les vaisseaux qu'elles renferment sont dilatés et sinueux. Des infiltrats histiolympocytaires se retrouvent dans le derme papillaire et moyen.

Ces lésions assez banales, peuvent être accompagnées de signes plus spécifiques, surtout en périodes d'extension : les micro-abcès de Munro-Sabouraud ceux-ci situés sous ou entre les zones de parakératose contiennent des P.N. Ils possèdent une valeur de diagnostic considérable.

FORMES CLINIQUES

Le psoriasis est une dermatose essentiellement polymorphe, et outre la forme banale qui vient d'être décrite, il en existe de nombreux aspects, parfois franchement atypiques, pouvant exister seuls ou se combiner avec des lésions classiques.

Le psoriasis guttata :

Forme fréquente de l'enfant, au début de la maladie, accompagné parfois d'un syndrome infectieux, est fait de petites taches disséminées en "gouttes d'eau".

On oppose au psoriasis fruste, peu étendu, peu intense, simulant des eczématides, les formes graves des érythrodermies psoriasiques. Il peut s'agir d'un psoriasis universalis vrai, caractérisé par l'extension de lésions très érythémateuses et sèches à l'ensemble du tégument, ou d'une érythrodermie secondaire, forme d'eczématisation et de généralisation de la maladie.

Selon la topographie, on pourra rencontrer différentes formes isolées ou associées à d'autres aspects.

- celles du visage, qu'elles soient discrètement squameuses ou séborrhéiques ou encore en vespertilio ; celles des plis "psoriasis interverti", celles siégeant en peau séborrhéique avec leurs épaisses squames jaunâtres et peu adhérentes.

- aux extrémités, le psoriasis peut atteindre les mains (plaque unique rattachée aux placards multiples disséminés ; hyperkératose en plaques ou en "clous psoriasiques").

Sur les doigts, les lésions cutanées peuvent s'accompagner de psoriasis unguéal (canalures, striations, surtout érosions punctiformes et hyperkératose sous-unguéal soulevant l'ongle "en grotte").

Citons des formes rares, telles que le psoriasis lichénoïde, le psoriasis pustuleux, le psoriasis des muqueuses, etc...

A côté des localisations purement cutanées, nous ne ferons qu'évoquer les arthropathies psoriasiques, avec leurs manifestations spécifiques, mais dont l'autonomie est actuellement très discutée.

EVOLUTION

Cette affection procède par poussées successives, variables dans leur

fréquence, leur aspect, leur gravité, leur sensibilité au traitement. Les récidives peuvent se raréfier jusqu'à disparaître ou se répéter toute la vie durant.

LES FACTEURS PSYCHOLOGIQUES DANS LES PSORIASIS

Bien que les traités classiques n'en fassent qu'une discrète mention, ces facteurs psychologiques que notre maître, le Docteur Bolgert, étudie depuis une quinzaine d'années, méritent une analyse succincte.

La notion du rôle des facteurs émotifs ou d'anomalies psychologiques est signalée depuis longtemps. En 1955, le Docteur Bolgert et M. Soulé furent les premiers en France, à présenter une étude exhaustive de 200 cas. Elle permet de conclure à la fréquence d'un terrain psychologique particulier, et au rôle déclenchant des chocs affectifs lors des poussées.

Le terrain :

Dans la moitié des cas, le psoriasis possède une structure obsessionnelle avec note dépressive, ou un état plus ou moins net de névrose d'angoisse. Dans 75 % des cas, on constate des anomalies électro-encéphalographiques. Pour Piret, il existerait assez souvent des troubles dyslexiques dysorthographiques, etc..., de plus ces malades sembleraient fréquemment avoir une réussite professionnelle médiocre, paradoxalement bien acceptée par ces anxieux, qui extérioriseraient par une poussée leur angoisse devant toute nouvelle responsabilité.

Les facteurs affectifs :

On retrouve très souvent comme causes déclenchantes des poussées, certaines agressions, frustrations d'ordre psychologique, qu'il s'agisse de chocs affectifs brutaux ou d'une ambiance chroniquement pénible, familiale, conjugale ; pour l'enfant, d'ordre scolaire, des dissentiments parentaux ou d'erreurs éducatives. Ces conflits sont fréquemment ressentis par le malade avec une acuité disproportionnée à leur importance réelle. Lorsqu'une issue heureuse peut les conclure, il n'est pas exceptionnel de voir un psoriasis jusque-là rebelle au traitement, se mettre à régresser.

L'état psychique de ces patients explique à la fois l'efficacité de

nombreuses thérapeutiques générales appliquées au psoriasis et la constante irrégularité de leur action, non seulement chez des malades différents, mais également, lorsqu'ils sont répétés chez le même patient. Il en était fréquemment ainsi avec les cures successives de Psorhanol, quand ce produit était couramment utilisé, et il en est de même avec beaucoup d'autres, en particulier, avec les injections d'extrait placentaire actuellement conseillés.

On peut considérer, grosso modo, que quel que soit le traitement appliqué à un lot ou à un groupe de sujets psoriasiques, le tiers environ de ces malades en tirera un bénéfice immédiat, un autre tiers sera plus ou moins amélioré, et le dernier sera fait d'échecs. Si ces proportions peuvent varier, selon les observateurs et les circonstances, il n'existe aucun médicament qui apporte 100 % de succès immédiat.

Les résultats observés chez nos malades traités par des injections de Propidon nous conduiront à des conclusions analogues.

Avant d'exposer ceux-ci, nous résumerons les observations de ces quinze sujets.

O B S E R V A T I O N S

OBS. I - Mme L... Liliane, 27 ans.

Hospitalisée le 29.01.69 pour une éruption érythémato-squameuse, apparue à l'âge de 16 ans, coïncidant avec la puberté de la malade, et se limitant à quelques éléments intéressant la face interne des bras, elle se montra spontanément résolutive.

Une nouvelle poussée apparut en Décembre 1968, paraissant déclenchée par des facteurs psychologiques d'ordre professionnel, quand la malade se sent atteinte d'une stérilité primaire.

Les paumes ~~des~~ mains et les plantes des pieds sont respectées, l'abdomen est le siège de placards confluent érythémato-squameux, les ongles sont épaissis, le cuir chevelu est le siège de squames grasses.

La malade est mise à un traitement, Avibon, Elavil par voie buccale, et localement à la vaseline salicylée, à la pommade de Brocq ; devant l'inefficacité du traitement, nous tentons, à partir du 21 Février 1969, un traitement par le Propidon.

Le 21 Février 1969 à 0,25 mml : la température monte à 37,7° ; le 29 Février 1969, à 0,50 mml : la température monte à 37,6°.

La malade sort le 3 Mars 1969 guérie.

OBS. II - Mme B... Suzanne, 43 ans.

Hospitalisée le 1er Février 1969. Femme de ménage, présentant un pso-

riasis à la suite de nombreuses contrariétés familiales.

Apparu d'abord sur les bras, puis les jambes, il s'étendit ensuite sur le dos, les fesses et l'abdomen, puis sur le cuir chevelu. Cette première poussée psoriasique ne se fait précéder d'aucune angine, ni d'aucun épisode infectieux.

La malade continuera à travailler sans consulter, se bornant à appliquer des corticoïdes sur les conseils d'un pharmacien.

Il s'agit d'un psoriasis héréditaire, sa mère ayant été hospitalisée également à l'Hôpital Saint-Louis pour un psoriasis.

A son entrée, il existait des lésions diffuses et squameuses du cuir chevelu ; aux membres supérieurs existaient des placards surélevés avec desquamation symétrique, surtout à la face externe des avant-bras et des mains. Il existait des éléments numulaires à leur périphérie, les coudes sont épargnés.

Aux membres inférieurs, les faces antérieures et externes des jambes étaient recouvertes de placards érythémato-squameux, ainsi que les cuisses et les fesses.

L'abdomen présentait une atteinte diffuse, lésion inter mammaire, atteinte importante des régions lombaires avec zones de peau saine.

Sur le dos, existaient de larges placards disposés symétriquement des deux côtés de la ligne médiane, avec atteinte des épaules.

Toutes ces lésions sont indolores et non prurigineuses. La malade est mise à un traitement : Elavil par voie buccale et Vaseline salicylée et pommade de Brocq. La malade reçoit une série d'injections au Propidon :

Le 14 Février 1969 0,50 mml : la température ne dépasse pas 37,9° ;

Le 21 Février 1969 0,50 mml : la température ne dépasse pas 37,9°.

A sa sortie, le 4 Mars 1969, la malade était très améliorée avec disparition des lésions et des croûtes du cuir chevelu.

OBS. III - M/ M... Paul, 39 ans.

Hospitalisé le 31.12.1968, pour psoriasis généralisé. Celui-ci a débuté en 1950 après une intervention pour amygdalectomie faite à domicile ; l'atteinte initiale se situant sur le cuir chevelu, des rechutes successives furent observées jusqu'en 1959 ; à ce moment, le malade présenta des lésions des coudes et des genoux. Les poussées s'accroissant en fréquence, nécessitent une hospitalisation à Troyes.

Le patient fut traité par différentes thérapeutiques locales : huile de cade, goudroline, éosine, vaseline salicylée ; lors de sa dernière hospitalisation, il reçut une thérapeutique per os de cortancyl (10 mgr par jour) avec pansement de Célestoderm sous occlusifs, et sortit complètement blanchi ; et au bout d'un mois, reprit son travail. Mais trois semaines après, survient la poussée actuelle rapidement extensive avec chaleur locale et prurit, qui justifiait son hospitalisation à l'Hôpital Saint-Louis.

A son entrée, il existe une dermatose érythémato-squameuse bien limitée avec des zones de peu saine, s'étendant à tout le corps ; le cuir chevelu, la face, le dos et les hanches.

Les mains sont atteintes, avec déformations des ongles, ainsi que les pieds ; l'examen clinique ne révèle qu'une douleur fugace des articulations coxo-fémorales.

D'abord traité par la pommade de Brocq, le malade reçoit ensuite des injections de Propidon :

Le 27 Février 1969 2 mml : la température ne dépasse pas 37,6° ;

Le 3 Mars 1969 2 mml : la température ne dépasse pas 37,9° ;

Le 10 Mars 1969 2 mml : la température ne dépasse pas 37,4°.

Le malade sort le 13 Mars 1969, très amélioré, avec pigmentation légère de la peau et avec persistance de discrètes taches squameuses aux bras et aux jambes.

Il fut réhospitalisé le 28 Avril 1969 pour une récurrence du psoriasis après 15 jours de guérison apparente, et réapparition de plaques au niveau des avant-bras, des jambes, des fesses, des flancs.

Le visage est totalement respecté, le malade est mis à un traitement par la pommade de Brocq et vaseline salicylée à 5 %. Le 22.05.69, le malade sort avec quelques éléments persistant sur les avant-bras et les jambes.

OBS. IV - M. B... Lakdar, 48 ans.

Hospitalisé le 11 Février 1969. Apparition d'une première poussée de psoriasis chez ce malade, Nord-Africain, en 1966, traitée à l'Hôpital Beaujon, seconde poussée en 1967, où le malade est hospitalisé à l'Hôpital Saint-Louis avec des éléments disséminés sur tout le corps à type érythémato-squameux. Enfin, troisième poussée en Février 1969.

A son entrée, existaient sur le cuir chevelu des plaques rouges, squameuses ; sur le tronc, des plaques érythémato-squameuses prédominant à la ceinture, et sur les membres, de très nombreuses plaques assez symétriques.

D'abord traité sans succès par Elavil et vaseline salicylée et pommade de Brocq, le malade reçoit une série d'injections de Propidon :

Le 25 Février 1969	2 mml : la température monte à 37,8° ;
Le 3 Mars 1969	3 mml : la température monte à 37,8° ;
Le 11 Mars 1969	3 mml : la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 21 Mars 1969	2 mml : la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 28 Mars 1969	2 mml : la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 15 Avril 1969	4 mml : la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 3 Mai 1969	4 mml : la température monte à 38,2° ;
Le 30 Juin 1969	3 mml : la température ne dépasse pas 37,2°.

Les lésions sont momentanément améliorées, après les injections de Propidon, mais les poussées de psoriasis se répètent.

Le malade sort le 22 Juillet 1969, incomplètement guéri, mais en régression, car il reste en bordure de chaque plaque guérie, une fine bordure psoriasique.

OBS. V - M. M... Nicolas, 63 ans.

Hospitalisé le 3 Janvier 1969. Psoriasis ayant débuté en Octobre 1968,

par des lésions au niveau des phalanges. Le malade est mis à un traitement en ville. Les lésions érythémato-squameuses s'étendent aux avant-bras, au cuir chevelu, puis extension à tout le corps, sans réaliser toutefois une véritable érythrodermie. Ce psoriasis est très prurigineux.

Traité par Elavil, vaseline salicylée et pommade de Brocq, le malade reçoit plusieurs injections de Propidon :

Le 6 Janvier 1969	0,5 mml	: la température ne dépasse pas 37° ;
Le 8 Janvier 1969	2 mml	: la température ne dépasse pas 37° ;
Le 12 Janvier 1969	3 mml	: la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 21 Janvier 1969	4 mml	: la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 24 Janvier 1969	4 mml	: la température monte à 37,6°.

Aucun résultat positif n'a été observé après les injections. Le patient sort le 12 Juin 1969, encore porteur de quelques lésions psoriasiques à type Guttata, de la région sacrée ; ce malade présente un psoriasis rebelle à toutes thérapeutiques, et il semble exister un problème psychologique d'insécurité en dehors de l'Hôpital.

OBS. VI - M. M... Marcel, 43 ans.

Hospitalisé le 16 Janvier 1969. Présente une troisième poussée de psoriasis. Première hospitalisation en Janvier 1964 ; le malade à sa sortie, n'était pas complètement blanchi, et il ne suit pas le traitement prescrit. Le psoriasis s'étant aggravé, le malade rentre à l'Hôpital de Mulhouse pendant 6 semaines, où il fut traité par Synalar, Librium et bains de permanganate de potassium : complètement blanchi. Mais un mois après sa sortie, le psoriasis a récidivé, et il se traita lui-même avec Synalar, éosine pendant 2 mois.

En Mars 1968, nouvelle hospitalisation à Mulhouse. Traité aussi par éosine, Synalar et des injections de Méthotrexate ; il sortit presque blanchi, mais quelque temps après, le psoriasis récidive. Le malade se traite encore lui-même par Betneval. Devant l'aggravation, le malade se décide alors à rentrer à l'Hôpital Saint-Louis.

A son entrée, les lésions présentent un aspect synétrique : aux jambes,

plaques de dimensions variables épargnant les plantes des pieds ; ces plaques sont érythémato-squameuses et très prurigineuses ; les membres supérieurs sont atteints mais les mains sont épargnées ; sur l'abdomen, grandes plaques englobant l'ombilic ; sur le thorax, il existe des plaques moins nombreuses ; le cuir chevelu est également atteint.

Devant l'inefficacité du traitement par Elavil, vaseline salicylée, Axonge, pommade de Brocq, le malade est soumis à une série d'injections de Propidon :

Le 13 Février 1969 0,5 mml : la température ne dépasse pas 37° ;
Le 20 Février 1969 0,75 mml : la température ne dépasse pas 37° ;
Le 27 Février 1969 1 mml : la température ne dépasse pas 37° ;
Le 6 Mars 1969 1,5 mml : la température monte à 37,5° ;
Le 14 Mars 1969 3 mml : la température ne dépasse pas 37,1° ;
Le 27 Mars 1969 3 mml : la température monte à 38,5°.

Blanchiment important après les injections, mais il reste quelques lésions sur les mains et les pieds.

On reprend les injections de Propidon :

Le 30 Mai 1969 1 mml : la température monte à 38° ;
Le 6 Juin 1969 3 mml : la température monte à 39,2°.

A sa sortie, le 16 Juin 1969, le malade est blanchi.

OBS. VII - M. R... Mamuel.

Hospitalisé le 10 Janvier 1969. Apparition depuis trois semaines chez ce malade de plaques érythémato-squameuses sous les deux aisselles, puis envahissement du thorax, du dos, et enfin, généralisation des lésions à tout le reste du corps. Il est mis en ville à un traitement comportant Phisoex, Decalibour Mycostatine pommade, puis une semaine plus tard, au Betsenol par voie générale, et Topicort.

A son entrée, le visage est envahi par une dermatose érythémateuse en placards, avec des intervalles de peau saine ; sur le cuir chevelu, la dermatose

revêt le type séborrhéique gras avec squames en grande quantité ; les oreilles sont rouges et légèrement squameuses ; le thorax et le dos sont recouverts de petites taches rouges, surélevées, recouvertes de squames peu épaisses ; les membres supérieurs et inférieurs sont recouverts de plaques érythémato-squameuses.

Devant l'inefficacité du traitement avec Avibon, Elavil, Vaseline salicylée, éosine, cérat glycérolé cadique faible, une série d'injections de Propidon est pratiquée :

Le 6 Février	1969	0,5	ml	; la température monte à 37,7° ;
Le 20 Février	1969	0,75	ml	: la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 13 Mars	1969	0,5	ml	: la température reste à 37° ;
Le 21 Mars	1969	1	ml	: la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 28 Mars	1969	2	ml	: la température ne dépasse pas 37,4° ;

Nous n'avons pas observé de blanchiment après les injections de Propidon, et le malade sort le 7 Avril 1969, prématurément sur sa demande.

OBS. VIII - M. B... Louis, 59 ans, gardien de nuit.

Entre dans le service le 4 Février 1969, pour dermatose de type parakératosique.

Le début remonte à 5 ans avec apparition de lésions suintantes au niveau des bourses. Un traitement dont le malade ne se souvient pas, avait entraîné la guérison.

Un an environ après, sont apparues, au niveau des deux mains des lésions qui guérissaient sans traitement, mais qui récidivaient tous les ans, à la même époque.

Un mois avant, apparut une nouvelle poussée prédominant aux jambes et aux mains, qui s'étendit ensuite au reste du corps. Le cuir chevelu est le siège de lésions squameuses diffuses ; au niveau des épaules, du dos et de l'abdomen, il existe de multiples taches, maculo-papuleuses, érythémato-squameuses disséminées et confluentes, par endroits, en placards ménageant des intervalles de peau saine.

Les avant-bras sont le siège de placards érythémato-squameux, étendus sans intervalle de peau saine, les coudes et les genoux présentent des plaques érythémato-squameuses, les ongles des pieds sont également atteints ; au niveau de la plante des pieds, il existe de grosses plaques en lanières croûteuses avec quelques crevasses.

Il est mis à un traitement par Elavil, glycérolé cadique, Dalibour, vaseline salicylée.

Une injection de Propidon est pratiquée le 8 Février 1969 ; 1 ml : la température monte à 40°.

A sa sortie, le 18 Mars 1969, il persiste quelques lésions érythémato-squameuses des jambes et des cuisses.

Le malade est réhospitalisé le 3 Avril 1969, pour une phlébite variqueuse superficielle de la jambe droite.

Reconvoqué, le malade est vu le 4 Juillet 1969 par notre maître, le Docteur Bolgert : il n'y a plus de lésions et le malade est complètement blanchi.

OBS. IX - M. C... Maurice, 78 ans.

Il est hospitalisé dans le service le 26 Décembre 1968, pour une poussée généralisée de psoriasis ayant débuté 14 ans avant, le malade était suivi à la consultation depuis 2 à 3 ans, et avait reçu différentes thérapeutiques : vaseline salicylée, goudroline, batons Métadier, qui l'amélioraient régulièrement.

Le début du psoriasis remonte à Juin 1955, à la suite d'une prostatectomie réalisée en Mai 1955. Le malade est suivi par son généraliste, dont la thérapeutique était à base de corticoïde.

Il s'agit d'un psoriasis généralisé.

Au cuir chevelu, aspect de dermite séborrhéique grasse, avec des croûtes et des plaques érythémateuses ; le visage est légèrement atteint ; aux membres supérieurs, les lésions sont plus importantes sur la face externe des bras et des coudes ; les membres inférieurs présentent le même aspect, mais il existe

un oedème important des jambes et des pieds. Atteinte des ongles des mains et des pieds avec hyperkératose importante ; enfin, le tronc présente des lésions érythémateuses bien limitées, légèrement squameuses.

Le malade est soumis à un traitement par vaseline salicylée, pommade de Brocq, et à une série d'injections de Propidon :

Le 31 Janvier 1969 0,25 mml : la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 5 Février 1969 0,5 mml : la température ne dépasse pas 37° ;
Le 8 Février 1969 1 mml : la température monte à 38° ;
Le 12 Février 1969 2 mml : la température monte à 38,2° ;
Le 18 Février 1969 3 mml : la température monte à 38,5° ;
Le 25 Février 1969 4 mml : la température ne dépasse pas 37,2° ;
Le 6 Mars 1969 3 mml : la température ne dépasse pas 37,2°.

Nous n'avons pas observé de blanchiment après les injections de Propidon, et le malade sort le 26 Mars 1969, non guéri.

OBS. X - Mme G... Marie, 73 ans.

Première poussée de psoriasis en 1957, en rapport avec d'importantes contrariétés professionnelles.

Elle est hospitalisée à l'Hôpital Saint-Louis.

Deuxième poussée quelques jours après sa sortie de l'Hôpital, siégeant aux paumes des mains. Elle est alors traitée par bain de permanganate et pommade de Dalibour. Après un an, apparition d'une nouvelle éruption généralisée, nécessitant une nouvelle hospitalisation. Après 15 jours, la malade sort, très nettement améliorée. Quelque temps après, nouvelle poussée, avec hospitalisation de trois mois.

Depuis 1960, la malade fait deux séjours par an à l'Hôpital. Le 10 Janvier 1969, nouvelle poussée après fracture de l'humérus.

Traitement par Elavil, pommade de Brocq, éosine, vaseline salicylée, bains alcalins, et on fait une série d'injections de Propidon :

Le 20 Février 1969 0,25 mml : la température monte à 37,8° ;

Le 7 Mars 1969 0,50 mml : la température monte à 37,5°.

Nous n'avons pas observé d'amélioration après les injections de Propidon. La malade, à sa sortie, le 29 Avril 1969, fait une nouvelle poussée très squameuses, surtout au niveau des mains.

OBS. XI - M. E... Théophile, 25 ans.

Psoriasis apparu en Juin 1955, chez ce malade africain, avec extension sur tout le corps, accompagnée de douleurs aux articulations des doigts et aux chevilles, qui le font hospitaliser à l'Hôpital Laënnec.

En 1967, psoriasis généralisé avec atteinte du cuir chevelu, traité par pommade de Brocq, alternée avec crème Betneval sur le corps, il sort blanchi. Réhospitalisé le 13 Mai 1969 pour une nouvelle poussée de psoriasis ; entre temps, les lésions résiduelles sont traitées par vaseline salicylée, colorants, rayons U.V.

A son entrée, on note des placards arrondis, bien limités sur les jambes, aux deux genoux, sur le tronc, quelques larges plaques dépigmentées légèrement squameuses et symétriques sur les membres supérieurs, et la face présente des lésions plus discrètes.

D'abord traité par vaseline salicylée, pommade de Brocq mélangée d'Axonge, le malade est mis ensuite à une série d'injections de Propidon :

Le 6 Février 1969 0,25 mml : la température reste à 37,2° ;

Le 8 Février 1969 1 mml : la température reste à 37,2° ;

Le 10 Février 1969 1 mml : la température est à 37,5° ;

Le 27 Mai 1969 2 mml : la température monte à 37,8° ;

Le 1er Avril 1969 1 mml : la température ne dépasse pas 37,2° ;

Le 1er Mai 1969 2 mml : la température monte à 37,8° ;

Le 7 Mai 1969 3 mml : la température monte à 38° ;

Le 13 Juin 1969 3 mml : la température monte à 38,5°.

Après les injections, nous avons constaté une très nette amélioration

le malade sort le 24 Juin 1969, mais revient le 22 Août pour une nouvelle poussée de psoriasis.

OBS. XII - M. P... Emmanuel, 46 ans.

Hospitalisé le 17 Mars 1969. Le malade présente un psoriasis ayant débuté en 1946 au cours de son service militaire en Allemagne.

Première hospitalisation le 27 Mai 1960 ; deuxième hospitalisation le 13 Février 1966 ; troisième hospitalisation le 22 Janvier 1968 ; à sa sortie, il restait des placards sur les fesses et le flanc gauche.

A la rentrée, on note une atteinte du cuir chevelu, la face est épargnée les membres supérieurs sont atteints, mais les mains sont indemnes ; aux fesses, existent deux placards symétriques importants ; l'abdomen, le thorax et les membres inférieurs sont également atteints, mais les pieds sont épargnés.

Le malade est mis à un traitement par Elavil, vaseline salicylée, pommade de Brocq et à une série d'injections de Propidon.

Le 20 Mars 1969 0,50 ml : la température ne dépasse pas 37,2° ;

Le 27 Mars 1969 0,50 ml : la température ne dépasse pas 37,5° ;

Le 3 Avril 1969 0,50 ml : la température ne dépasse pas 37,5°.

Le malade sort le 15 Avril 1969, parfaitement blanchi.

OBS. XIII - M. B... Mohamed, 48 ans.

Hospitalisé le 2 Juin 1969. Ce malade marocain est en France depuis 1946 ; c'est à ce moment qu'apparaît une dermatite érythémato-squameuse du cuir chevelu. Apparition en Février 1969 d'une plaque érythémato-squameuse sacrée après une infection pulmonaire.

A l'entrée, le malade présente des plaques symétriques arrondies, de un à trois centimètres de diamètre, plus colorées à la périphérie, de couleur rose violacé, squameuse avec aspect circiné ; les éléments sont légèrement brillants, siégeant aux bras, au tronc, et la région sacrée, aux membres inférieurs, enfin à la face et au cuir chevelu. Il s'agit d'un psoriasis lichénoïde.

Le malade est mis à un traitement par vaseline salicylée à 2 % et pommade de Brocq. On pratique une série d'injections de Propidon :

Le 6 Juin 1969 1 ml : la température monte à 38° ;

Le 11 Juin 1969 2 ml : la température monte à 38°.

Et le malade, à sa sortie le 22 Juillet 1969, est parfaitement blanchi, mais avec une névrite optique alcool-tabagique.

OBS. XIV - M. R... Lucien, 50 ans.

Hospitalisé en Septembre 1969 pour psoriasis des plis inguinaux et interfessiers.

Le malade était sorti en Octobre 1966 blanchi, depuis apparaît de temps en temps une ou deux plaques sur les cuisses, qui disparaissent spontanément.

Le psoriasis a débuté il y a trois ans, par des plaques rebelles et extensives sur les cuisses, puis généralisation progressive ; le malade invoque comme circonstances déclenchantes plusieurs écarts alimentaires et des excès de boisson pendant un séjour chez lui de son frère et de sa famille, mais il semble qu'il y ait eu une contrariété importante qu'il ne veut pas préciser.

Il s'agit d'un psoriasis des plis inguinaux et interfessier très bien limité.

Après un traitement par vaseline salicylée, pommade de Brocq, nous pratiquons une série d'injections par le Propidon :

Le 2 Octobre 1969 0,50 ml : la température monte à 37,8° ;

Le 6 Octobre 1969 1 ml : la température ne dépasse pas 37,4° ;

Le 13 Octobre 1969 2 ml : la température ne dépasse pas 37°.

Aucune amélioration des lésions après les injections, et le malade sort le 22 Décembre 1969, blanchi par d'autres thérapeutiques.

TABLEAU I

[illegible]

T A B L E A U I I

(TABLEAU RECAPITULATIF DU NOMBRE D'INJECTIONS
EN FONCTION DES RESULTATS OBTENUS...)

BLANCHIMENTS OBTENUS	1 Inject.	2 Inject.	3 Inject.	4 Inject.	5 Inject.	6 Inject.	7 Inject.	8 Inject.	RESULTATS EN POURCENTAGES
BLANCHIMENT COMPLET	X	X X X	X					X	40 %
BLANCHIMENT INCOMPLET			X					X X	20 %
RESULTATS NULS		X X	X		X X		X		40 %

COMMENTAIRES

Soulignons que ces quinze malades ont reçu en même temps que le Propidon, d'autres thérapeutiques, en particulier, des tranquillisants et des traitements locaux. Nous ne pensons pas que ce fait soit gênant dans l'interprétation de l'action du Propidon, puisque auparavant, les dermatoses n'avaient pas réagi aux thérapeutiques utilisées.

L'examen des tableaux précédents montre de façon évidente que les résultats obtenus sont indépendants du nombre d'injections, des doses reçues et de leur espacement dans le temps.

C'est ainsi qu'un blanchiment complet immédiat a été obtenu avec une injection dans un cas, deux injections dans trois cas, trois injections dans un cas, et huit injections dans un cas, soit 6 blanchiments complets, immédiats sur 15 malades (40 % des cas). Des résultats partiels sont obtenus chez trois malades, dont 1 fut traité par trois injections, et deux par huit injections, (soit une proportion de 20 %). Les échecs concernent les 5 derniers malades, qui reçurent respectivement : deux patients : 2 injections ; un patient : 3 injections ; deux malades : 5 injections, et le dernier : 7 injections, soit 40 % d'échecs.

La même irrégularité s'observe, en ce qui concerne les doses de Propidon. C'est ainsi que dans l'observation I, le malade fut blanchi avec 2 injections de 0,25 et 0,50 mml, alors que dans l'observation VI, le malade reçut 8 injections à doses progressives de 0,5 mml, 1 mml, 1,5 mml, 3 mml, 3 mml, 1 mml, et 3 mml ; inversement, le malade de l'observation XII fut blanchi après avoir reçu 3 injections de 0,5 mml. Ces quelques exemples suffisent à montrer que les

succès ne sont pas en rapport avec la quantité de vaccin injecté.

Inversement, on peut observer que, parmi les insuccès, se recrutent plusieurs malades qui ont reçu un nombre plus considérable d'injections que dans les cas favorables. C'est ainsi que des échecs ont été observés chez deux malades ayant reçu 5 injections, et chez un autre 7 injections. Bien plus, on peut remarquer que ce dernier (Obs. IX) a reçu des doses successives de 0,25 mml, 0,50 mml, 1 mml, 2 mml, 3 mml, 4 mml et 3 mml.

De même, le malade de l'observation V, a reçu 0,50 mml, 2 mml, 3 mml, 4 mml, 4 mml, avec un résultat nul.

Quant à l'espacement des injections, il a varié, dans l'ensemble, de deux à trente huit jours.

Des constatations analogues pourraient être tirées des observations des malades ayant bénéficié d'un blanchiment complet.

Il est également remarquable d'observer les très faibles réactions fébriles, constatées chez tous nos malades, sauf dans l'observation VIII, qu'il s'agisse de succès totaux, de succès partiels ou d'insuccès. Les réactions fébriles ont été dans l'ensemble, extrêmement modérées puisque dans beaucoup de cas, sur un nombre de 61 injections, les réactions ont été nulles dans 37 cas (37,5°). Dans 22 cas, elles ont été comprises entre 37,6° et 38,5°. Elles n'ont atteint des chiffres supérieurs : 38,5° que dans deux cas. Or, nous pouvons remarquer que plusieurs de ces malades ont reçu des doses de Propidon de l'ordre de 2,3 et 4 cc, qui en général, s'accompagnent d'élévation thermique importante.

S'agit-il d'un vaccin un peu trop ancien qui, pour cette raison ne provoque que peu de réaction, ou s'agit-il d'une manière de réagir propre aux psoriasiques ? Nous ne pouvons que poser la question.

Remarquons pourtant, que l'un de nos malades a atteint 40° et que l'élévation modérée des réactions thermiques, post-vaccinales, ne nous ont pas empêché d'obtenir 40 % de succès immédiat.

Les résultats obtenus sur un nombre évidemment restreint de malades sont très analogues à ceux observés au cours de thérapeutiques très diverses, appli-

quées au psoriasis, par différents auteurs.

Rappelons que MM. Arnault, Tzanck, M. Cord, firent des injections de lait à cinq psoriasis généralisés. Ils pratiquèrent 3 injections par semaine à des doses de 1 cc, 2 cc, 3, 5 cc jusqu'à un total de 24 injections ; ces auteurs constatèrent une amélioration "véritablement surprenante". Tous leurs malades supportèrent sans aucun ennui, ces injections, à l'exception d'une légère réaction fébrile, qui ne dépassa pas 38°, or, par la suite, de nombreux auteurs essayèrent des mêmes injections de lait, sans obtenir des résultats très positifs.

Rappelons encore que lorsque le Psiothanol était utilisé de façon courante, on obtenait généralement un blanchiment très satisfaisant après la première série d'injections, un résultat beaucoup moins complet lorsqu'une récidive était traitée par une deuxième série, et le plus souvent, un résultat absolument nul lors de la mise en oeuvre d'une troisième série. De même, notre maître, M. Bolgert, a obtenu la même irrégularité d'action en utilisant chez les psoriatiques, des injections d'Electragol I.M., actuellement disparu de la pharmacopée.

D'ailleurs, le traitement par corticothérapie par voie générale, actuellement déconseillé, en raison des phénomènes de cortico-dépendance et de la résistance thérapeutique très particulières des récidives de la dermatose en pareil cas (Degos, Bolgert) donne également des résultats qui ne sont pas constamment spectaculaires.

Les nouvelles thérapeutiques utilisant les immuno-dépresseurs et, en particulier, le Méthotrexate, ont une action qui n'est pas supérieure à notre thérapeutique. C'est ainsi que la thèse de Solère, faite en 1968, dans le service du Professeur Degos, fait état de 14 malades traités par le Méthotrexate. Il obtint deux succès entre 6 mois et un an, quatre de plusieurs semaines, trois immédiats et cinq échecs totaux. Plus récemment, M. Ch. Grupper et Mme Bourgeois-Spinasse (séance de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie du 17 Novembre 1969) traitèrent 30 psoriatiques par le Méthotrexate ; ils n'ont obtenu environ qu'un tiers de succès, un tiers de résultats moyens, et un tiers d'insuccès.

Il y eut 19 récidives d'importance variable, dans deux tiers des cas, et deux décès.

Avec le Propidon, nous avons obtenu 40 % de blanchiments immédiats, 20 % de succès incomplets et 40 % d'échecs.

Les réflexions précédentes ne constituent nullement une condamnation de l'emploi de thérapeutiques générales dans les psoriasis. Il serait regrettable de priver des malades atteints d'une dermatose rarement grave, mais souvent tenace, des bienfaits de celles qui peut apporter un blanchiment parfois durable, chez certains d'entre eux. Mais il nous semble préférable d'utiliser uniquement des médicaments qui n'exposent pas les malades à de nombreux incidents, voire à des accidents graves et même mortels, pour un bénéfice qui n'est certainement pas supérieur à celui apporter par d'autres produits, aussi actifs et moins dangereux.

La comparaison de l'action du Propidon avec celle d'autres thérapeutiques nous semble très en faveur d'un effet placebo explicable par le psychisme particulier des psoriasiques, sur lequel notre maître, M. Bolgert, a souvent et longuement insisté. Et il paraît tout à fait excessif de rechercher ces effets "placebo" avec des médicaments qui peuvent présenter des risques vitaux.

Nous nous permettons de rappeler, à l'appui de cette opinion, un petit fait que nous avons observé au cours de nos essais thérapeutiques par le Propidon : lorsqu'un sujet avait agi favorablement au Propidon, il était fréquent que d'autres psoriasiques de la même salle bénéficient également d'une évolution favorable sous l'effet du même traitement.

Au contraire, pour des motifs psychologiquement certainement analogues, les échecs s'observaient souvent en série, au point, qu'à certaines périodes, il arriva même que des malades refusent de se soumettre aux injections de Propidon.

Il n'en reste pas moins que pour certains psoriasis résistant aux thérapeutiques classiques, le Propidon peut constituer un médicament qui, sur le plan pratique, reste parfaitement valable.

CONCLUSIONS

Essai de traitement de quinze psoriasiques par des injections de Propidon, dont le nombre et les doses furent variées, leur espacement ne fut pas le même pour tous les malades.

Après un rappel des caractères de la dermatose, les observations des quinze malades sont résumées. Les résultats obtenus ont été les suivants :

- . 40 % de blanchiments complets ;
- . 20 % de succès partiels ;
- . 40 % d'échecs.

Aucun accident, ni aucun incident importants ne furent observés.

Il s'agit d'une méthode banalement pyrétothérapique, qui mérite de conserver une place dans la thérapeutique générale de la maladie, en raison des résultats favorables qu'elle est susceptible d'apporter ; ceux-ci sont au moins équivalents à ceux obtenus avec d'autres thérapeutiques plus dangereuses, comme le traitement par le Méthotrexate ou autres immuno-dépresseurs, actuellement employés.

L'action du Propidon semble relever d'un simple effet placebo, mais cette constatation n'infirmes en rien son intérêt pratique.

Vu
le Doyen de la Faculté

G. BROUET

Vu
le Président de Thèse

R. DEGOS

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris

M. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

1. ARNAULT, TZANCK, CORD M.

Traitement du psoriasis par les injections de lait. Thérapeutique
biophylactique.
Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie 1933 40ème
année 265 - 269.

2. BADEN H.P.

Le traitement du psoriasis.
New England J. Med. 24 Oct. 1963, 269, n° 17, 907 - 909.

3. BAZEX A., DUPRE A., SALVADOR R., CHRISTOL B. ET CORRADE J.

Traitement du psoriasis.
Rev. Praticien, 21 Mars 1965, 15, n° 9, 1109 - 1119.

4. BOLGERT M.

Traitement actuel du psoriasis.
Thérapeutique la semaine des hôpitaux - Février 1970, n° 2, 163 - 166.

5. BOLLAG R.

Le traitement du psoriasis en pratique ambulatoire.
Méd. et Hyg. 17 Avril 1968, 26, n° 821, 463 - 465.

6. BURCKHARDT W.

Traitement du psoriasis.
Ther. Gegenw. Oct. 1963, 102, n° 10, 1098 - 1110.

7. CARTEAUD A.

Traitement du psoriasis.
Génie Méd. Sept. 1967, n° 235, 29 - 38.

8. CHAMPENDAL P.

Traitement moderne du psoriasis.
Méd. et Hyg. 23 Nov. 1966, 24, n° 756, 1175.

9. CHAMPION R. H.

Traitement du psoriasis.

Brit. Med. J. 22 Octobre 1966, 2, n° 5520, 993 - 995.

10. GEISER J. D.

Le traitement du psoriasis.

Rev. Méd. Suisse Normande, Sept. 1966, 86, n° 9, 611 - 618.

11. JESPARD J. M.

Etude clinique de 40 cas de psoriasis traités par des acides gras non saturés (vitamine F).

Gaz. Hôp. 31 Janv. 1961, n° 3, 76 - 86.

12. KNOTH W.

Traitement du psoriasis par arsenic.

Arch. Klin. Exper. Derm. 1966, 227, n° 1, 228 - 234.

13. KORTING G. W.

Traitement interne du psoriasis.

Arch. Klin. Exper. Derm. 1966, 227, n° 1, 216 - 228.

14. NARDELLI L.

Considérations sur le traitement du psoriasis.

(Etude synthétique et critique).

Minerva Derm. Nov. 1961, 36, n° 11, 379 - 384.

15. ORTOLENGHI F.

Traitement diététique du psoriasis.

Arch. Klin. Exper. Derm. 1966, 227, n° 1, 259 - 265.

16. PELTAT S.

Traitement actuel du psoriasis.

Cahiers méd. Lyonnais, 10 Juin 1966, 42, n° 16, 1179 - 1184.

17. PERRY H. O., SODERSTROM C. W. 12.074-T et SCHULZE R. W.

Traitement de Goeckerman pour le psoriasis.

Arch. of Derm. Août 1968, 98, n° 2, 178 - 182, 5 tabl.

18. SCHWARZ K.

Problème du traitement moderne du psoriasis.

Praxis, 9 Fév. 1967, 56, n° 6, 217 - 225.

19. SEMERARA R., FINO L. et CUCCI T.

Les stéroïdes placentaires en thérapie et guérison du psoriasis.

Policlinico (sez. Prat.), 12 av. 1965, 72, n° 15, 509 - 513.

20. SOLERE A.

Le Méthotrexate dans le psoriasis à propos de 14 cas.
Thèse 1968.

21. TEMINE P., ODDOZE L. et MARCHAND J. P.

Sur l'intérêt du traitement de Goekerman dans le psoriasis (Note préliminaire).

Bull. Soc. Fr. Derm. 1967, 74, n° 5, 607 - 609.

